

“Medicine is an art, based on science” (sir William Osler)



Op 1 augustus 2008 is mevrouw **Hilde Nevens** in dienst getreden als coördinator klinische studies, een nieuwe functie in het ziekenhuis.

Mevrouw Nevens studeerde af aan de K.U. Leuven als Licentiate in de Voedings- en Dieetleer. Ze begon haar loopbaan als wetenschappelijk medewerker in het UZ Gasthuisberg te Leuven. Ze zette nadien de stap naar de farmaceutische industrie waar ze sinds 1995 werkzaam was

in het medisch departement van Astra (later AstraZeneca). Daar kon ze ervaring opdoen in verschillende therapeutische domeinen en verantwoordelijkheidsgebieden: monitoring van klinische studies, procedure- en procesmanagement, kwaliteitscontrole, training van medewerkers etc.

Heel wat disciplines in het ziekenhuis nemen regelmatig deel aan onafhankelijk klinisch onderzoek (studies, of met de Engelse term, “trials”). Dit kan ongetwijfeld de globale kwaliteit van de behandeling in het ziekenhuis verbeteren. Studies vereisen immers goed omschreven behandelingsprotocollen en afspraken die ook buiten studieverband blijven gelden. Externe organisaties die de studie superviseren en beoordelen, stimuleren de kwaliteit van de geleverde zorg. Door deelname aan studies kunnen daarenboven vaak nieuwe veelbelovende behandelingen aan patiënten aangeboden worden vooraleer ze algemeen beschikbaar zijn. Deelname aan een studie biedt tevens een forum voor overleg met collega’s van andere centra die bij het project betrokken zijn en draagt aldus bij tot het wetenschappelijk fundament van de in het ziekenhuis verleende zorg.

De meeste studies in ons ziekenhuis zijn zogenaamde fase III-studies. Hierbij worden medicaties die bewezen hebben aanvaardbaar en veilig te zijn voor menselijk gebruik (fase I) en een potentieel gunstig effect te hebben (fase II), onderzocht en vergeleken met een standaardbehandeling. Dit gebeurt meestal door randomisatie waarbij door toevalsbeslissing uitgemaakt wordt of de patiënt de experimentele nieuwe behandeling dan wel de standaardbehandeling zal krijgen. Het uitleggen aan de patiënt van de potentiële waarde van de studie en van het principe van randomisatie vraagt heel wat communicatie en tijd.

Indien deelname aan een studie overwogen wordt, analyseert de coördinator klinische studies het studieprotocol en bespreekt met de onderzoeker de haalbaarheid van het project. Bij een positieve evaluatie worden de nodige voorbereidingen getroffen om de studie ter goedkeuring voor te leggen aan het Ethisch Comité van het ziekenhuis. Deze goedkeuring is immers wettelijk verplicht vooraleer een project van start kan gaan. De praktische organisatie van de studie wordt doorgelicht. In functie van het project worden ondersteunende diensten zoals de apotheek, het labo, de dienst radiologie, ... gecontacteerd. De coördinator staat ook in voor de opleiding en ondersteuning van studieverpleegkundigen.

Dit alles moet leiden tot kwalitatief hoogstaande klinische studies. Indien ons ziekenhuis kwaliteit levert op het vlak van studies, zal medewerking voor alsmaar belangrijkere projecten worden gevraagd. De patiënten hoeven dan niet steeds naar academische centra in Leuven of Gent te gaan, wanneer zij nood hebben aan de nieuwste innovatieve therapieën.

Wilt u nog meer weten over klinische studies dan kan u steeds contact opnemen met mevrouw Nevens, via e-mail [hilde.nevens@stlucas](mailto:hilde.nevens@stlucas) of telefoon 050 36 94 77.

Dr. Ph. Van Hootegem  
voorzitter wetenschappelijke commissie

Viermaandelijks tijdschrift | Jaargang 12, nummer 38 - December 2008  
Afgiftekantoor Brugge 1, 2<sup>e</sup> afdeling

### Binnen en buiten de muren...

In deze “Nieuwsbrief” wordt bijzondere aandacht besteed aan de plaats van de huisarts en het belang van samenwerking in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Sinds jaren is dr. Emmanuël Nelis een voorvechter van de transmurale samenwerking in zijn vakgebied. In zijn bijdrage wordt de evidentie van een dergelijke benadering en de meerwaarde ervan voor alle partijen duidelijk gesteld. Men denke daarbij in de eerste plaats aan de patiënt en zijn omgeving.

Wat geldt voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, geldt eigenlijk ook voor elke medische interventie, voor alle leeftijdsgroepen en voor alle aandoeningen.

“De huisarts heeft een eigen terrein van ervaring en kennis..., hij wordt vaak aangesproken in crisissituaties, als gezinnen een ingreep en actie verwachten..., de huisarts verwacht van de specialisten dat ze beschikbaar zijn om tussenkomsten aan te bieden ..., de specialisten verwachten van de huisarts hulp bij de opvolging in een lange termijnbeleid..., een aandachtspunt in de opvolging is de herkenning van comorbiditeit die een herevaluatie of bijkomende zorg noodzakelijk maakt...” zijn standpunten die vermoedelijk zonder meer door elke arts, omnipracticus of gespecialiseerde arts, kunnen (moeten) onderschreven worden. Het is een inzicht dat de laatste jaren (eindelijk) doordringt. Het belang van de samenwerking tussen hulpverleners, over de schotten van de gezondheidszorg heen, wordt meer en meer onderkend. In zijn baanbrekende en gezaghebbende boek (“Redefining healthcare”, 2006, Harvard Business School Press) toont de economist Michael Porter aan dat dit een basisvoorwaarde is voor een efficiënte gezondheidszorg. Het succes van het “shared care” model van het Amerikaanse Kaizer Permanente onderbouwt zijn stelling in de praktijk.

Ook bij de Belgische Overheid is het signaal doorgedrongen. Hiervan getuigen de op til zijnde zorgprogramma’s rond diabetes en chronische nierinsufficiëntie. En niet alleen in de chronische zorg, ook in de acute zorg is de transmurale samenwerking heel belangrijk. Het is een vereiste om hospitalisatie, heropnames of onnodig lang verblijf in het ziekenhuis te voorkomen én de goede uitkomst van een behandeling te verzekeren. We kunnen maar hopen dat overheidsinitiatieven die actief de gezamenlijke betrokkenheid van huisarts en specialist in het therapeutisch gebeuren ondersteunen, snel en sterk toenemen.

Het gemeenschappelijk initiatief in de kinder- en jeugdpsychiatrie toont aan dat we niet bij de pakken blijven zitten. Het geldt in het AZ Sint-Lucas als voorbeeld. Een voorbeeld dat opvolging krijgt!

Dr. D. De Coninck, Medisch directeur.

### Accrediteringsnieuws

Erkenningsnummer	Datum	Rubriek	Titel	Duur	C.P.
08001645	19-09-08	6	Oncologie: meer dan chemotherapie alleen	2,5 uur	2
08003068	09-10-08	6	Communicatie in de palliatieve zorg: een teken van leven ?!	2 uur	2
08005214	04-11-08	6	Therapeutisch falen	2 uur	2

### Voorstelling nieuwe artsen



#### dr. Liza-Maria Reynolds

De dienst inwendige geneeskunde heeft het genoegen u mee te delen dat de dienst is uitgebreid met dr. Liza-Maria Reynolds, specialiste nefrologie. Zij is afkomstig uit Waasmunster in Oost-Vlaanderen. Zij volgde haar opleiding geneeskunde aan de Universiteit Gent en koos nadien voor de specialisatie inwendige ziekten – nefrologie.

De eerste twee jaar na haar opleiding liep zij stage in het A.Z. Maria Middelaars te Sint-Niklaas en nadien vier jaar in het Universitair Ziekenhuis Gent onder leiding van Prof. Vanholder. Daar leerde zij ook haar echtgenoot kennen, die als cardioloog eveneens in West-Vlaanderen werkzaam is. Dr. Reynolds is te bereiken via het secretariaat inwendige geneeskunde: tel. 050 36 90 40.



#### dr. Vicky Maqueda

De dienst neurologie heeft het genoegen u mee te delen dat dr. Vicky Maqueda de dienst vervoegd heeft. Zij is de eerste vrouwelijke neuroloog in Brugge. In 1997 startte zij haar studies geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven, campus Kortrijk en werkte haar doctoraatsjaren af in Leuven. Twee jaar van haar opleiding werkte zij in het A.Z. St.-Jan te Brugge, waar zij

ondermeer opleiding kreeg in de klinische neurofysiologie en stroke unit. Haar laatste jaren sloot zij af in het Universitair Ziekenhuis van Leuven bij Prof. W. Robberecht. Zij wil zich met veel enthousiasme en empathie toeleggen op de vele facetten van de neurologie en klinische neurofysiologie (EMG). Gezien haar bijzondere interesse uitgaat naar de neurovasculaire en neurodegeneratieve ziekten in de neurologie, zal zij meewerken aan de verdere uitbouw van de geheugenkliniek en de stroke unit. Dr. Maqueda is te bereiken via het secretariaat neurologie: tel. 050 36 90 50.

## De plaats van de huisarts in de kinder- en jeugdpsychiatrie

De huisarts is de eerste en de beste liaison psychiater, want hij bevindt zich op het kruispunt van het somatische en het psychosociale.

1. Deze stelling van Van Duppen (\* 1) is ook van toepassing op de GGZ voor kinderen en jongeren. Lut Depoorter, huisarts te Oostkamp en Emmanuël Nelis belichtten dit thema in een **seminarie** voor de werkgroep psychiatrie van het Post Universitair Centrum West- Vlaanderen te Brugge. Titel van het seminarie was: **de plaats van de huisarts in de kinder- en jeugdpsychiatrie**. Een deel van de reflecties werden geput uit de vier kringgesprekken die in 2008 plaatsvonden in AZ Sint-Lucas over ADHD. Daarover verder méér.

*Er is maar één gezondheidszorg voor het kind en de jongere. Integratie naar een eco-psycho-somatisch of holistisch denken is een noodzaak.* Deze stelling staat in de introductie tot de gemeenschappelijke studiedag te Gent van de Vlaamse Vereniging Kinder- en Jeugdpsychiatrie (VVK) en de Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde (eveneens VVK) op 26.4.2008.

De huisarts heeft een eigen terrein van ervaring en kennis binnen het functioneren thuis van kinderen en jongeren. Hij wordt vaak aangesproken in crisissituaties, als gezinnen een ingreep en actie verwachten. De huisarts verwacht van de specialisten GGZ dat ze beschikbaar zijn om tussenkomsten aan te bieden voor zover mogelijk. Er wordt veel belang



De **Drietrapsraket** is een metafoer om in het netwerk GGZ kinderen- jongeren van de provincie informatie en aanbod te ordenen inzake ADHD: **EB- basisinformatie in trap 1; het basis-aanbod op vlak van diagnostiek en behandeling op trap 2 en in trap 3 bijzonder aanbod inzake comorbide stoornissen.**

Vlnr: Rik Flecy, Wannes Vandenbussche, Hans De Baene, Dr Goosens, Dr. Nelis, Marc Willems, Els Legroe.

gehecht aan doorstroming van begrijpelijke informatie naar het stellen van een diagnose. In groeiende mate wordt de huisarts bevroegd door ouders en jongeren naar informatie over stoornissen. De huisarts verwacht van de GGZ-actoren hierin hulp en educatief materiaal. Ook de WHO stelt in haar jaarrapport van 2001 dat de samenwerking GGZ-huisarts een belangrijke educatieve waarde heeft.

*Training primary care and general health care staff in the detection and treatment of common mental and behavioral disorders is an important public health measure. This training can be facilitated by liaison with local community-based mental health staff, who are almost always keen to share their expertise.* (The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope \* 2 )

De kinder- en jeugdpsychiaters verwachten van de huisarts hulp bij de opvolging in een lange termijnbeleid van psychofarmaca. Dat is van belang bij psychose (neuroleptica), alsook voor ADHD. Een aandachtspunt in de opvolging is de herkenning van comorbiditeit die een herevaluatie of bijkomende zorg noodzakelijk maakt. Bij ontwikkelingsstoornissen zoals ADHD en ASS is goed bekend hoe onvoorspelbaar de evolutie kan zijn. Het is zinvol om tijdig in te spelen op negatieve wendingen in de comorbiditeit.

2. Een nieuwe **flyer ADHD: editie 2009**. Voor de opvolging van het medicatiegebruik bij ADHD is reeds enkele jaren terug een schema gemaakt in samenwerking met enkele huisartsen. Verschillende actoren in de GGZ Kinderen en Jongeren hebben hierin ook hun ervaring ten dienste gesteld. De uitgangspunten zijn afkomstig van Europese guidelines. Deze zijn gepubliceerd in nummers van het ECAP (\* 3 en 4). Voor 2009 kan het netwerk van voorzieningen GGZ Kinderen- Jongeren van Noord-West-Vlaanderen een actuele versie voorstellen. De nieuwe editie van de flyer wordt bij deze Nieuwsbrief gevoegd. Nieuw in deze editie is atomoxetine (Strattera<sup>o</sup>) en enkele vereenvoudigingen. Ook de adressenlijst is weggelaten. Reden hiervan is de introductie van de flyer in Midden-West-Vlaanderen en waarom niet in de toekomst in andere regio's van de provincie. De maatschappelijke gevoeligheid voor het nog stijgend gebruik van de psychostimulantia bij ADHD dwingt ons om goed af te spreken rond evidence based criteria in indicatiestelling en opvolging van medicatie. De flyer biedt concrete aandachtspunten aan bij de opvolging, tekenen van risico's in de ontwikkeling en redenen van herverwijzing. U vindt de flyer ook terug op: [http://www.stlucas.be/raadplegingen/kinderpsychiatrie\\_ADHD\(folder\).pdf](http://www.stlucas.be/raadplegingen/kinderpsychiatrie_ADHD(folder).pdf). In de GGZ-voorzieningen van de regio wordt de flyer meegegeven aan ouders na afronden van de diagnostiek, informatie en educatie, en na instellen van medicatie, om voor de opvolging van het medicatiebeleid de stap naar de huisarts te maken.

3. Om de inzichten en ervaringen over samenwerking huisarts-GGZ meer gestalte te geven, werden in 2008 vier **kringgesprekken over ADHD** gehouden. Actoren uit de GGZ (4 kinder- en jeugdpsychiaters, 3 psychologen-pedagogen uit een ziekenhuis, een revalidatiecentrum en een CGGZ) ontmoetten 12 huisartsen in een reeks gestructureerde gesprekken. Naast een kort luik met EB-informatie volgde telkens uitwisseling van ervaringen. Voor de GGZ-actoren was dit een oefening in netwerkvorming. Een goede afstemming van het aanbod rond ADHD betekent dat gemeenschappelijke visies de onderlinge samenhang vergroten. Anderzijds laat een netwerk toe om een bijzonder aanbod in de regio mogelijk te maken. Voorbeelden van dit laatste zijn het educatief programma voor kinderen met ADHD in revalidatiecentrum Spermalie, en anderzijds de ouderleergroep voor ouders van kinderen met ADHD en/of ODD in AZ Sint-Lucas.

In een goed functionerend netwerk is de instapplaats indifferent. Waar een huisarts ook verwijst, hij moet er op kunnen rekenen dat de voorziening GGZ het juiste verdere aanbod organiseert, zij het ambulant, in thuiszorg of residentiële. Daar zijn we nog niet echt helemaal aan toe, maar we naderen dit doel!

4. Een goede samenwerking met de thuis-gezondheidszorg betekent dus ook dat de voorzieningen GGZ goed onderling afgestemd zijn. De laatste jaren werkten een 20-tal voorzieningen uit West-Vlaanderen aan een netwerk, gericht op een kwaliteitsvol aanbod voor kinderen en jongeren met ADHD. Dat leidde tot het model van de **drietrapsraket**. Het concept werd door de Koning Boudewijnstichting (\* 5) verkozen samen met 7 andere uit 60 inzendingen uit Vlaanderen. Op 24 mei 2008 werden de 8 projecten voorgesteld. Er was bij de voorstelling ook veel interesse voor de plaats van de huisarts in dit netwerkmodel.

5. Voor de **toekomst** staan maatschappelijk belangrijke thema's te wachten: we denken aan schizofrenie en bipolaire stoornis,

samen voorkomend bij meer dan 2 % van de bevolking en meestal voor het eerst verschijnend tussen 15 en 25 jaar. Bij deze doelgroepen is de holistische zorg zeer belangrijk. Deze patiënten vertonen ook een manifest hoger somatisch risico. Tijdige herkenning, aanbod van informatie en opvolging in een lange termijnbeleid is ook hier een rol voor de huisarts. Tot slot wil ik namens de deelnemers uit de GGZ de huisartsen danken die zich actief mee hebben geëngageerd, in het bijzonder dan Lut Depoorter voor haar bijdrage voor het PUC West-Vlaanderen.

De flyer wordt u aangeboden door de huisartsen van de werkgroep (Lut Depoorter, Michel Goetinck, Dominique Saint Guillain, Eddy De Moerloose) en de auteurs uit de GGZ (Michel Kruth Knokke; Lien Keirse en Jo Wieme AZ Sint-Jan; revalidatiecentrum Spermalie; CGGZ Noord-West-Vlaanderen; Els Legroe, Marc Willems, Els Goossens en mezelf vanuit AZ Sint-Lucas).

Emmanuël Nelis  
kinder- en jeugdpsychiatrie  
ene@stlucas.be

(\* 1) D. Van Duppen; P. Leysen, T. v. Geneeskunde, 64, nr.6, 2008: Wetenschapsfilosofie, holistische benadering en cognitieve gedragstherapie in het debat over evidence-based geneeskunde.

(\* 2) The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope <http://www.who.int/whr/2001/en/index.html>

(\* 3) European Child and Adolescent Psychiatry 13: 1/7 - 1/30 (2004) European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first upgrade.

(\* 4) European Child and Adolescent Psychiatry (2006) 5 may 2006. Long-acting medications for the hyperkinetic disorders; a systematic review and European treatment guideline.

(\* 5) <http://www.kbs-frb.be/supportedproject.aspx?id=211776&LangType=2067&CallID=209760>

## dr. Els Goosens verlaat AZ Sint-Lucas



Vanaf 1 januari 2009 zal dr. Els Goosens niet meer actief zijn in het team kinder- en jeugdpsychiatrie. Haar activiteit wordt overgenomen door Dr. Emmanuël Nelis.

Zij was sinds 1999 verantwoordelijk voor de opnameleefgroep van kleuters en basisschoolkinderen (leefgroep 1), het mobiel k-team en een deel van de ambulante raadpleging.

Zij verlegt haar activiteit naar een ambulante praktijk in Gent.

We wensen haar veel voldoening bij de verdere uitbouw van haar loopbaan.